

**RACCOLTA DATI DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER PAZIENTI MINORI O TUTELATI E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO SANITARIO**

**Il sottoscritto**

NOME E COGNOME .....  
 Codice Fiscale .....  
 Nato/a a ..... Il ...../...../..... Residente a .....  
 Via ..... Documento Identità Nr .....  
 Rilasciato da ..... In data ...../...../.....

Avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate Dall'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA DI ESSERE (barrare le voci di interesse)**

**GENITORE** del minore e di esercitare la **potestà genitoriale**  
**CONGIUNTAMENTE** all'altro genitore (dati e codice fiscale) .....  
 Nato/a a ..... Il ...../...../..... Residente a .....  
 Via ..... Documento Identità Nr .....  
 Rilasciato da ..... In data ...../...../.....

**PRESENTE**  **ASSENTE ma INFORMATO e AUTORIZZA a procedere sul minore**  
 **DISGIUNTAMENTE** dall'altro genitore in forza del seguente provvedimento.....Nr .....  
 Registro/Repertorio ..... Autorità e località..... In data ...../...../.....

**GENITORE UNICO** in quanto  Ragazza Madre  Vedovo/a  Unico genitore che ha riconosciuto il minore  
**Altro (specificare)** .....

**TERZO AVENTE DIRITTO** in forza di  
 **Delega** del/i genitore/i, come da atto di delega che si esibisce e si allega al presente modulo  
 **PROVVEDIMENTO** ..... Nr .....  
 Registro/Repertorio ..... Autorità e località ..... In data ...../...../.....

**DICHIARA** di aver acquisito e compreso l'informativa sottoposta del Reg. UE 679/2016 e di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" cioè idonei a rivelare lo stato di salute (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accessi sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato)

**ESPRIME IL CONSENSO al trattamento dei dati del minore ivi identificato**

NOME E COGNOME .....  
 Codice Fiscale .....  
 Nato/a a ..... Il ...../...../..... Residente a .....  
 Via .....

**Per le finalità e le modalità descritte nell'informativa**

Luogo e Data ..... Firma .....